



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Funkcjonowanie seksualne oraz sytuacja psychologiczna kobiet chorych na wulwodynię

Author: Dagna Kocur

Citation style: Kocur Dagna. (2012). Funkcjonowanie seksualne oraz sytuacja psychologiczna kobiet chorych na wulwodynię. "Seksuologia Polska" (2012, nr 1, s. 15-20).



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Funkcjonowanie seksualne oraz sytuacja psychologiczna kobiet chorych na wulwodynię

Sexual functioning and psychological situation
of women suffering from vulvodynia

Dagna Kocur

Katedra Psychologii Społecznej i Środowiskowej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

Streszczenie

Wstęp. Wulwodynia to choroba polegająca na odczuwaniu bólu lub dyskomfortu o różnym nasileniu w okolicy narządów płciowych kobiet. Badania pokazują, że może na nią cierpieć ponad 12% kobiet. Choroba ta ma charakter chroniczny, w związku z czym wywiera istotny wpływ na sytuację psychologiczną kobiet. Celem badań było sprawdzenie sytuacji psychologicznej oraz funkcjonowania seksualnego kobiet z wulwodynią, a także weryfikacja hipotezy mówiącej o różnej częstości występowania wulwodynii w zależności od płci psychologicznej chorej.

Materiał i metody. W badaniu wykorzystano autorskie narzędzie oceniające sytuację psychologiczną kobiet oraz jakość ich kontaktów z lekarzami, Inwentarz Płci Psychologicznej (IPP) autorstwa Kuczyńskiej oraz Wielowymiarowy Test Seksualności Snella. Zbadano 30 kobiet cierpiących na wulwodynię (grupa badawcza) oraz 30 kobiet zdrowych (grupa kontrolna).

Wyniki. W grupie kobiet cierpiących na wulwodynię przeważały kobiety o kobiecej płci psychologicznej. Grupa badawcza znajdowała się ogólnie w gorszej sytuacji psychologicznej oraz cechowały ją gorsze kontakty z lekarzami w porównaniu z grupą kontrolną. Kobiety chore na wulwodynię charakteryzowała niższa wewnętrzna kontrola seksualności, większy poziom lęku przed seksem oraz przed związkami seksualnymi.

Wnioski. Tematyka wulwodynii powinna być zgłębiania, bowiem choroba ta istotnie zmienia życie wielu kobiet. Ma ona zasadniczy wpływ na seksualność, samopoczucie, nastrój czy samoocenę cierpiących. Niestety, chore rzadko otrzymują adekwatną pomoc. Konieczna jest więc edukacja środowisk medycznych w zakresie wulwodynii.

Seksuologia Polska 2012; 10 (1): 15–20

Słowa kluczowe: wulwodynia, westibulodynia, płć psychologiczna, seksualność

Abstract

Introduction. Vulvodynia is a disease consisting in feeling a different level of pain and discomfort in the region of the female genitalia. Studies show that over 12% women can suffer from this disorder. The disease is chronic in its character and, as a result, has a significant impact on women's psychological situation. The aim of the research was to check the psychological situation and sexual functioning of women with vulvodynia and to verify the hypothesis assuming a different prevalence of vulvodynia depending on the patient psychological gender.

Materials and methods. The research was conducted using a proprietary tool for assessing the psychological situation of women and the quality of physician-patient contacts, the Sex Role Inventory (IPP) develo-

ped by Kuczyńska and Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ) by Snell. The study covered 30 women suffering from vulvodynia (study group) and 30 healthy women (control group).

Results. In the group of women suffering from vulvodynia prevailed women with the feminine psychological gender. The study group was generally in worse psychological situation and featured worse contacts with physicians as compared with the control group. The women suffering from vulvodynia featured lower sexuality self-control, higher level of sexual anxiety before sexual intercourses and the fear of sexual relationships.

Conclusions. The problems of vulvodynia require further research as the disease changes women's lives significantly. It has a fundamental impact on sexuality, physical and mental state and self-esteem of the suffering women. Unfortunately, the patients very rarely receive adequate treatment. Therefore, it is necessary to educate medical professionals on the problem of vulvodynia.

Polish Sexology 2012; 10 (1): 15–20

Key words: vulvodynia, vestibulodynia, psychological gender, sexuality

Wstęp

Wulwodynia to choroba ciągle jeszcze mało znana w Polsce. Równocześnie badania pokazują, że może na nią cierpieć ponad 12% kobiet z populacji ogólnej [1]. Problem jest więc istotny i wymaga eksploracji.

Wulwodynia to zaburzenie polegające na chronicznym bólu lub dyskomforcie charakteryzującym się uczuciem palenia, klucia czy podrażnienia w genitaliach żeńskich w przypadkach, kiedy nie występuje żadna infekcja czy choroba skóry sromu lub pochwy mogąca powodować te objawy [2]. W klasyfikacji ICD-10 zajmuje pozycję N94.81. Podtypy tej choroby to vestibulodynia (N94.810), zwana również zespołem zapalenia przedsionka pochwy, wulwodynia innego rodzaju (N94.818) oraz wulwodynia nieokreślona (N94.819). W praktyce najczęściej wyróżnia się wulwodynię właściwą oraz vestibulodynię, różnice między nimi zaprezentowano w tabeli 1. Badania pokazują, że vestibulodynia występuje 5 razy częściej niż wulwodynia właściwa [3].

Vestibulodynia dzieli się na pierwotną i wtórną. Pierwotna vestibulodynia występuje, jeśli ból w okolicach wejścia do pochwy pojawił się już przy pierwszym stosunku seksualnym. Natomiast z wtórną vestibulodynią mamy do czynienia wówczas, gdy ból pojawił się po okresie bezbolesnych stosunków [4]. Pierwotna i wtórną vestibulodynia występują z podobną częstotliwością [5]. Badania Sutton i wsp. pokazują, że kobiety z pierwotną vestibulodynią wykazują niższą tolerancję na ból termiczny na przedra-

mieniu oraz niższy próg bólu na przedsionku pochwy w porównaniu z kobietami z wtórną vestibulodynią [4].

Niektórzy autorzy sugerują, że wulwodynia powinna być traktowana jako zespół bólu przewlekłego. Goetsch podaje, że średni czas jej trwania to 8,5 roku [5]. Jest ona chorobą chroniczną, która zwykle ma ogromny wpływ na jakość życia oraz funkcjonowanie kobiety w różnych obszarach [6–9]. Jak każda choroba przewlekła wywołuje: frustrację, depresję, złość, utratę nadziei, dezorientację i lęk [10]. Dodatkowo kobiety z wulwodynią zmuszone są radzić sobie z problemami, które nie są typowe dla pacjentów z innymi chorobami chronicznymi: z bolesnym współżyciem, uczuciem skrępowania, utratą intymności z partnerem oraz z trudnymi relacjami interpersonalnymi [11].

Etiologia choroby jest ciągle nieznana. Najnowsze badania pokazują, iż kobiety cierpiące na wulwodynię mają zwiększoną liczbę śródnabłonkowych zakończeń nerwowych w obszarze przedsionka pochwy. Najprawdopodobniej jest ona spowodowana przewlekłą reakcją zapalną [12, 13]. Badania Danielsson z 2000 roku pokazują, że w grupie kobiet cierpiących na wulwodynię aż 87% zgłasza, że kiedyś przechodziło infekcje grzybicze pochwy w porównaniu z 28% kobiet z grupy kontrolnej ($p < 0,001$). Inne prawdopodobne przyczyny tej choroby to: zakażenie wirusem HPV, zaburzenia endokrynologiczne, śródmiąższowe zapalenie pęcherza, nadmierna ilość szczawianów wydalaných z moczem, reakcje alergiczne oraz urazy kręgosłupa [14].

Tabela 1. Różnice między wulwodynią właściwą a vestibulodynią

Wulwodynia właściwa	Vestibulodynia
Ból może mieć (i najczęściej ma) charakter ciągły, nieprzerwany	Ból występuje jedynie w reakcji na bodziec
Ból często ma charakter rozprzestrzeniony, uogólniony	Ból jest dokładnie określony i zawężony do okolic przedsionka pochwy

Pierwsze wzmianki na temat vestibulodynii prezentował w 1889 roku Scene, natomiast w 1928 Kelly opisał tę chorobę w podręczniku ginekologii. Przez długie lata świat naukowy zdominowały teorie Freuda mówiące, iż zaburzenia związane z bólem w narządach płciowych u kobiet są najczęściej wywołane nerwicą. Takie podejście sprawiło, iż skupiono się głównie na psychologicznych aspektach tych dolegliwości. Tendencję tę przełamał Friedrich w 1987 roku, wydając pracę „Vulvar Vestibulitis syndrome”, w której to zawarł między innymi kryteria diagnostyczne vestibulodynii: 1. ostry ból występujący przy penetracji, 2. rumień w okolicach wejścia do pochwy, 3. wrażliwość sromu na dotyk patyczkiem higienicznym, 4. utrzymywanie się powyższych objawów przez co najmniej 6 miesięcy [15].

Problem źle postawionej diagnozy w przypadku kobiet cierpiących na wulwodynię jest bardzo częsty. Badania Sackett i wsp. [11] pokazują, że 71% kobiet z wulwodynią spotkało się ze źle postawioną diagnozą. Najczęściej mylnie diagnozowano przewlekłe infekcje drożdżakowe, choroby przenoszone drogą płciową oraz endometriozę. Niektóre kobiety otrzymywały od lekarzy informacje, że ich ból jest natury psychosomatycznej lub że „to wszystko jest tylko u nich w głowie”. Badania pokazują, że kobiety cierpiące na wulwodynię przed postawieniem prawidłowej diagnozy spotykały się z 3–4 lekarzami [11].

Nie ulega wątpliwości, iż wpływ wulwodynii na sytuację psychologiczną kobiet jest znaczący. Badania Sackett i wsp. pokazują, że 78% kobiet z wulwodynią zgłasza, że choroba wpłynęła na ich życie seksualne i satysfakcję z niego. Aż 88% kobiet przyznaje, że jest mniej zainteresowana czynnościami seksualnymi w porównaniu z okresem przedchorobowym [11]. Natomiast badania Danielsson i wsp. wykazały, iż kobiety z vestibulodynią częściej niż kobiety zdrowe uczestniczyły w aktywności seksualnej bez faktycznej ochoty na to. Kobiety te rzadziej brały udział w stosunkach seksualnych z penetracją, miały niższą ogólną satysfakcję z życia seksualnego oraz oceniały satysfakcję seksualną swojego partnera niż kobiety zdrowe [14].

Chroniczny stan zapalny powoduje zmiany w odczuwaniu bólu w ośrodkowym układzie nerwowym, co powoduje, że kobiety z wulwodynią odczuwają ból bardziej dotkliwie również w innych częściach ciała: plecach, szyi, ramionach oraz głowie [14]. Dodatkowo kobiety z wulwodynią muszą radzić sobie z bolesnym współżyciem, uczuciem skrępowania, utratą intymności, poczuciem niemożności zaspokojenia partnera, a co z tym związane — z dużym poczuciem winy oraz niską samooceną. Poczucie frustracji i bezradności potęguje fakt, iż kobiety cierpiące na wulwo-

dynię często spotykają się z opinią ginekologa, iż problem jest natury psychosomatycznej lub że „to wszystko jest tylko w ich głowie”.

Materiał i metody

Narzędzia badawcze

1. Inwentarz Płci Psychologicznej (IPP) — opracowany przez Kuczyńską [16]. Jest to polska adaptacja *the Bem Sex Roles Inventory* autorstwa Bem [17]. Składa się z 35 itemów. Piętnaście z nich tworzy Skalę Kobiecości dotyczącą kulturowego stereotypu kobiecości, kolejne piętnaście tworzy Skalę Męskości dotyczącą kulturowego stereotypu męskości, kolejne pięć to pozycje buforowe. Badani ustosunkowują się do wymienionych cech na 5-punktowej skali (1. zupełnie taki nie jestem, 2. raczej nie jestem taki, 3. jestem taki w przeciętnym stopniu, 4. raczej jestem taki, 5. taki właśnie jestem). Skale wchodzące w skład inwentarza mają zadowalającą rzetelność: kobiecości ($rtt = 0,78$), męskości ($rtt = 0,78$) [16].
2. Wielowymiarowy Test Seksualności — opracowany przez Snella [za: 18]. Narzędzie to składa się z 12 skal. W niniejszym badaniu zostało wykorzystanych tylko 6 z nich: Wewnętrzna Kontrola Seksualności, Motywacja do Uprawiania Seksu, Lęk przed Seksem, Zewnętrzna kontrola seksualności, Lęk przed Związkami Seksualnymi oraz Satysfakcja Seksualna [18].
3. Narzędzie własne badające wybrane aspekty sytuacji psychologicznej. Kwestionariusz składa się z 10 pytań dotyczących oceny stanu zdrowia, relacji z lekarzem, samopoczucia, samooceny oraz satysfakcji seksualnej. Badani ustosunkowywali się do twierdzeń na 5-punktowej skali Likerta (1. zdecydowanie zgadzam się, 2. raczej zgadzam się, 3. nie mam zdania, 4. raczej nie zgadzam się, 5. zdecydowanie nie zgadzam się). Im badana osiągnęła wyższy wynik w kwestionariuszu, tym lepsza była jej sytuacja psychologiczna.

Badana grupa

Grupa badawcza składała się z 30 kobiet cierpiących na wulwodynię. Średnia wieku badanych to $M = 29,67$ roku ($SD = 8,11$), kobiety te pochodziły głównie z dużych miast. Ponad połowa badanych (67%) posiadała wykształcenie wyższe. W nieformalnym związku trwającym dłużej niż rok było 67% badanych kobiet. Grupa kontrolna składała się z 30 kobiet dobrych pod względem wieku do grupy badawczej.

Procedura badawcza

Badanie zostało przeprowadzone przez internet ze względu na fakt, iż w Polsce nie ma placówek zajmujących się leczeniem kobiet cierpiących na wulwodynię. Osobiste dotarcie do tej grupy chorych jest niezmiernie trudne. Badanie przeprowadzone drogą elektroniczną zapewniało również dyskrecję oraz intymność.

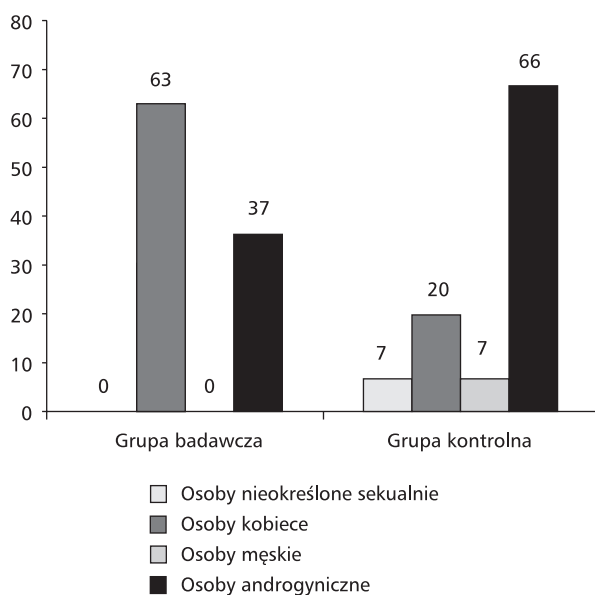
Wyniki

W grupie badawczej znalazło się istotnie więcej kobiet o kobiecej płci psychologicznej (63%) niż w grupie kontrolnej (20%). Żadna kobieta cierpiąca na wulwodynię nie miała męskiej ani nieokreślonej płci psychologicznej. Grupa kontrolna okazała się bardziej zróżnicowana i podobna do populacji (ryc. 1) [19].

W odniesieniu do Wielowymiarowego Testu Seksualności badanie wykazało różnice między grupą

badawczą i kontrolną w następujących skalach: Wewnętrzna Kontrola Seksualności (grupa badawcza: $M = 14,73$, $SD = 3,78$; grupa kontrolna: $M = 18,97$, $SD = 1,52$; $p = 0,001$), Lęk przed Seksem (grupa badawcza: $M = 15,80$, $SD = 3,96$; grupa kontrolna: $M = 13,30$, $SD = 1,66$; $p = 0,001$) oraz Lęk przed Związkami Seksualnymi (grupa badawcza: $M = 17,33$, $SD = 5,31$; grupa kontrolna: $M = 8,40$, $SD = 3,85$; $p = 0,001$) (tab. 2).

Badanie narzędziem własnym pokazało istotną różnicę między badanymi grupami. Kobiety cierpiące na wulwodynię uzyskały istotnie niższy wynik ($M = 29,93$, $SD = 5,06$) niż kobiety z grupy kontrolnej ($M = 34,40$, $SD = 3,31$; $p < 0,001$). Oznacza to, iż kobiety cierpiące na wulwodynię znajdują się w gorszej sytuacji psychologicznej. Szczegółowa analiza narzędzia pokazała, że w każdym pytaniu wykazano różnicę istotną statystycznie, pokazującą gorszą sytuację psychologiczną kobiet cierpiących na wulwodynię (tab. 3).



Rycina 1. Płeć psychologiczna w grupie badawczej i kontrolnej

Dyskusja

Ayling i Ussher [20] wykazały w swoich badaniach, że kobiety cierpiące na wulwodynię czują się mniej kobiece, mniej wartościowe jako kobiety czy partnerki seksualne. Niemożność zaspokojenia swojego partnera wywołuje w nich poczucie bezwartościowości, ułomności. Badane opisywały siebie jako „nieprawdziwe kobiety” („not real woman”). Według nich postrzeganie siebie jako kobiecych jest ściśle związane z umiejętnością zwrócenia na siebie uwagi potencjalnego partnera oraz zatrzymania go przy sobie [20].

W prezentowanym w artykule badaniu wśród kobiet cierpiących na wulwodynię znalazło się więcej kobiet o kobiecej płci psychologicznej (63%) w porównaniu z populacją. Badania pokazują, iż w populacji kobiet o kobiecej płci psychologicznej jest około 28% [20]. Może to świadczyć o tym, iż kobiety cierpiące

Tabela 2. Funkcjonowanie seksualne w grupie badawczej i kontrolnej

	M	SD	M	SD	t(58)	p
	Grupa badawcza		Grupa kontrolna			
Wewnętrzna kontrola seksualności	14,73	3,78	18,97	1,52	-7,40	0,001
Motywacja do uprawiania seksu	16,80	3,87	16,57	1,5	0,44	0,660
Lęk przed seksem	15,80	3,96	13,30	1,66	4,19	0,001
Zewnętrzna kontrola seksualności	13,80	4,04	13,13	1,81	0,98	0,330
Lęk przed związkami seksualnymi	17,33	5,31	8,40	3,85	8,40	0,001
Satysfakcja seksualna	15,87	3,86	17,23	3,05	-1,85	0,069

Tabela 3. Sytuacja psychologiczna w grupie badawczej i kontrolnej

Pytania	M Grupa badawcza	SD	M Grupa kontrolna	SD	t(58)	p
1. Uważam że mój stan zdrowia jest w pełni satysfakcjonujący	2,47	1,38	4,00	0,95	-5,01	0,001
2. Uważam, że moje kontakty z lekarzami są bardzo dobre	2,67	1,09	3,37	1,19	-2,37	0,001
3. Czuję lęk przed wizytą u ginekologa	3,67	1,06	2,1	1,06	4,46	0,001
4. Jestem pełna energii	3,00	1,29	3,93	0,69	-3,50	0,001
5. Często jest mi przykro	3,87	1,11	2,40	1,00	5,38	0,001
6. Często nic mi się nie chce	3,33	1,27	2,53	0,97	2,74	0,008
7. Mam wysoką samoocenę	2,60	1,25	3,73	1,05	-3,81	0,001
8. W swoim ciele czuję się kobieca	3,27	1,14	4,37	0,72	-4,46	0,001
9. Widzę swoją przyszłość bardzo pozytywnie	3,20	1,35	4,03	1,00	-2,72	0,008
10. Jestem zadowolona ze swoich kontaktów seksualnych	1,87	0,97	3,93	1,08	-7,78	0,001
Suma	29,93	5,06	34,40	3,31	-4,04	0,001

na tę chorobę wchodzą w rolę stereotypowo kobiecą, czyli osoby słabej, potrzebującej opieki, niezaradnej, niemającej kontroli, nieprzewidywalnej, zmiennej.

Wyniki uzyskane za pomocą Wielowymiarowego Testu Seksualności ujawniły obszary życia seksualnego, na które choroba ma szczególnie silny wpływ, czyli: poczucie wewnętrznej kontroli seksualności, lęk przed seksem oraz przed związkami seksualnymi. Skala Wewnętrznej Kontroli Seksualności odnosi się do stopnia, w jakim dana osoba ma poczucie, iż potrafi kontrolować seksualne aspekty swojego życia. Kobiety cierpiące na wulwodynię uzyskały niski wynik w tej skali, co prawdopodobnie jest skutkiem choroby. Badane nie mają poczucia kontroli nad swoim ciałem, choroba uniemożliwia im swobodne realizowanie swoich potrzeb seksualnych oraz zaspokajanie potrzeb swojego partnera. Szczególnie warto tu podkreślić relacje badanych kobiet, które często przyznają, że choroba jest dla nich nieprzewidywalna [21]. Osoby, które uzyskują wysokie wyniki w skali Lęku przed Seksem, najczęściej są zainteresowane seksem w równym stopniu jak inni ludzie, natomiast silny lęk nie pozwala im na odczuwanie satysfakcjonujących doznań seksualnych [18]. W skali Lęku przed Związkami Seksualnymi różnica między grupą badawczą a kontrolną była największa; kobiety chore na wulwodynię uzyskały istotnie wyższy wynik. Skala ta jest również wysoko skorelowana z nieużytką w tym badaniu skalą Depresji na Tle Seksualnym. Osoby, które uzyskują wysokie wyniki w tej skali, cechuje niski

poziom samooceny, asertywności oraz satysfakcji. Silny lęk przed seksem może prowadzić do unikania jakichkolwiek kontaktów z osobami płci odmiennej [18].

Istotne są również obszary, w których badanie nie pokazało różnic. Choroba nie ma prawdopodobnie istotnego wpływu na motywację do uprawiania seksu, zewnętrzną kontrolę seksualności oraz satysfakcję seksualną. Duża motywacja do uprawiania seksu pokazuje, jak podstawowa jest ta potrzeba, która zgodnie z piramidą potrzeb Masłowa traktowana jest jako potrzeba elementarna — fizjologiczna, podobnie jak potrzeba jedzenia, picia czy oddychania.

Skala Zewnętrznej Kontroli Seksualności odnosi się do poczucia, że życie seksualne danej osoby jest kwestią przypadku, losu. Być może taki wynik jest skutkiem działań, jakie podejmują chore kobiety, czyli: aktywne poszukiwanie pomocy, wizyty u specjalistów, niekonwencjonalne metody leczenia, poszukiwanie źródeł informacji na temat choroby itp. Chore zachowują więc poczucie, iż nie są całkowicie zależne od czynników zewnętrznych. Zastanawiający jest brak różnicy w skali Satysfakcji Seksualnej. Może to być wynikiem zbyt małej grupy badawczej, natomiast tendencja statystyczna pokazuje, że kobiety chore na wulwodynię mają niższą satysfakcję seksualną.

Badanie narzędziem własnym wykazało istotne statystycznie różnice we wszystkich obserwowanych obszarach. Pokazuje to, jak duży wpływ na sytuację psychologiczną cierpiących kobiet wywiera wulwodynia.

Pytania 2 i 3 (2. Uważam, że moje kontakty z lekarzami są bardzo dobre, 3. Czuję lęk przed wizytą u ginekologa) dotyczyły relacji badanych kobiet z lekarzami, najczęściej ginekologami. Wyniki pokazały, jak negatywne i niesatysfakcjonujące są relacje badanych kobiet z lekarzami. Wiele negatywnych opinii na temat głównie ginekologów można również znaleźć na forum dyskusyjnym [21]. Taki stan rzeczy jest spowodowany w dużym stopniu niewiedzą lekarzy o samej chorobie oraz wieloletnią tendencją panującą w ginekologii oraz seksuologii do postrzegania wielu zaburzeń seksualnych występujących u kobiet jako rezultatów niedojrzałości psychicznej. Kolejnym problemem jest brak profesjonalnego podejścia do pacjentki, co potwierdzają użytkownicy forum, przytaczając wypowiedzi lekarzy: „Ginekolodzy tylko stwierdzali, że nic mi nie jest i że sama się nakręcam”, „Niech sobie pani zrobi dziecko, to wszystko przejdzie”, „Pani jest zdrowa, ja hipochondryków nie leczę”, „Jeden lekarz powiedział mi, że jestem trudna pacjentka i że jest wiele kobiet, które cierpią na świecie. Na moje pytanie, co z tymi kobietami, usłyszałam, że żyją, że zagryzają zęby i uprawiają sex przez łzy” [21].

Odpowiedzi na pytania 4, 5, 6, 7 i 9 (4. Jestem pełną energii, 5. Często jest mi przykro, 6. Często nic mi się nie chce, 7. Mam wysoką samoocenę, 9. Widzę swoją przyszłość bardzo pozytywnie) dotyczą obniżonego nastroju oraz depresji. Wyniki uzyskane w tych pytaniach pokazują, jak trudna jest sytuacja psychologiczna badanych kobiet.

Pytanie 8 (8. W swoim ciele czuję się kobieca) dostarczyło interesujących rezultatów. Kobiety chore na wulwodynię w swoim ciele czują się mniej kobiece niż kobiety z grupy kontrolnej. Pozornie taki wynik stoi w sprzeczności z wynikami pochodzącymi z Inwentarza Płci Psychologicznej. Jednakże może to dowodzić tego, iż kobiety z grupy badawczej czują się istotnie mniej kobiece, choć mają więcej cech stereotypowo przypisywanych kobietom. Być może również kobiecość dla badanych stanowi istotną wartość, być może bardziej koncentrują się one na tym aspekcie, ponieważ czują się w pewnym stopniu „ułamne”, niepełnowartościowe.

Odpowiedzi na pytanie 10 (10. Jestem zadowolona ze swoich kontaktów seksualnych) pokazały największą różnicę między badanymi grupami. Kobiety z wulwodynią są znacznie mniej zadowolone ze swoich kontaktów seksualnych, co traktować można jako bezpośredni skutek choroby.

Wnioski

1. W grupie kobiet cierpiących na wulwodynię przeważały kobiety o kobiecej płci psychologicznej.
2. Kobiety cierpiące na wulwodynię znajdują się ogólnie w gorszej sytuacji psychologicznej oraz mają gorsze kontakty z lekarzami w porównaniu z grupą kontrolną.
3. Kobiety cierpiące na wulwodynię cechuje niższa wewnętrzna kontrola seksualności, wyższy poziom lęku przed seksem oraz przed związkami seksualnymi w porównaniu ze zdrowymi kobietami.

Piśmiennictwo

1. Harlow B.L., Wise L.A., Stewart E.G. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2001; 185: 545–550.
2. Rapa D., Paszkowski T. Zespół zapalenia przedsionka pochwy. *Seksuol. Pol.* 2006; 4: 65–68.
3. Stewart E.G., Spencer P. *The V Book: a doctor's guide to complete vulvovaginal health.* Bantam Books, Boston 2002.
4. Sutton K.S., Pukall C.F., Chamberlain S. Pain, psychosocial, sexual, and psychophysical characteristics of women with primary vs. secondary provoked vestibulodynia. *J. Sex. Med.* 2009; 6: 205–214.
5. Goetsch M.F. Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991; 164: 1609–1614.
6. Steege J.F., Ling F.W. Dyspareunia. A special type of chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 1993; 20: 779–793.
7. Bergeron S., Binik Y.M., Khalife S., Pagidas K. Vulvar vestibulitis syndrome: a critical review. *Clin. J. Pain.* 1997; 13: 27–42.
8. Meana M., Binik Y.M., Khalife S., Cohen D. Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *J. Nerv. Ment. Dis.* 1997; 185: 561–569.
9. Wessellmann U., Burnett A.L., Heinberg L.J. The urogenital and rectal pain syndromes. *Pain* 1997; 73: 269–294.
10. Cohen F., Lazarus R.S. Coping and adaptation in health and illness. W: Mechani D. (red.). *Handbook of health, health care, and the health professions.* Free Press, New York 1983; 124–142.
11. Sackett S., Gates E., Heckman-Stone C., Kobus A.M., Galask R. Psychosexual aspects of vulvar vestibulitis. *J. Reprod. Med.* 2001; 46: 593–598.
12. Bohm-Starke N., Hilliges M., Falconer C., Rylander E. Increased intraepithelial innervation in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol. Obstet. Invest.* 1998; 46: 256–260.
13. Weström L.V., Willen R. Vestibular nerve fiber proliferation in vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet. Gynecol.* 1998; 91: 572–576.
14. Danielsson I., Sjöberg I., Wikman M. Vulvar vestibulitis: medical, psychosexual and psychosocial aspects. A case-control study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2000; 79: 872–878.
15. Friedrich E.G. Jr. Vulvar vestibulitis syndrome. *J. Reprod. Med.* 1987; 32: 110–114.
16. Kuczyńska A. Płeć psychologiczna. Podstawy teoretyczne, dane empiryczne oraz narzędzia pomiaru. *Przegl. Psychol.* 1992; 2: 237–247.
17. Bem S.L. Androgyny and gender schema theory. A conceptual and empirical integration. W: Sonderegger T.B. (red.). *Nebraska Symposium on Motivation: psychology and gender.* University of Nebraska Press, Lincoln 1984; 178–226.
18. Janda L.H. Twój miłosny autoportret: 24 testy psychologiczne dotyczące miłości, seksu i związków. Jacek Santorski, Warszawa 2003.
19. Delakowska K., Zdrojewicz Z. Płeć psychologiczna a preferowane bodźce seksualne. *Seksuol. Pol.* 2008; 6: 14–20.
20. Ayling K., Ussher J.M. "If Sex hurts, am I still a Woman?" the subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Arch. Sex. Behav.* 2008; 37: 294–304.
21. <http://forum.vulvodynia.pl/>